„BGM-innovativ“: Betriebliches Gesundheits- und Versorgungsmanagement nachhaltig gestalten

THOMAS MOORMANN

Thomas Moormann
ist Referent beim BKK Dachverband e.V. und leitet das Konsortialprojekt „BGM-innovativ“

Ziel des Projektes *„BGM-innovativ – Arbeitsplatznahes, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen“* ist eine möglichst frühzeitige und nachhaltige Versorgung von Beschäftigten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen. Dieser Beitrag beschreibt die zentralen Inhalte des Projektes und skizziert, worin es sich von der heutigen Routineversorgung unterscheidet. Er schließt mit einem kritischen Blick auf die Phase der Antragstellung und der Projektvorbereitung im Kontext des Innovationsfonds.

1. Beschreibung von „BGM-innovativ“

1.1 Hintergrund und Ziele

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) sind die mit Abstand wichtigste Ursache für Fehltage. Über ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage gehen auf ihr Konto[1] (Abbildung 1).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet von 36,7 Millionen Patienten, die im Jahr 2015 wegen Muskel-Skelett- oder Bindegewebserkrankungen eine Arztpraxis aufsuchten,[2] 22,1 Millionen davon mit Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder des Rückens.[3] Auswertungen der Bertelsmann-Stiftung zufolge gehen jedes Jahr sogar über 38 Millionen Menschen wegen Rückenschmerzen zum Arzt.[4]

Ein Blick auf die Altersverteilung zeigt einen starken, kontinuierlichen Anstieg der Fehltage (Arbeitsunfähigkeit) aufgrund von MSE ab dem 4. Lebensjahrzehnt, die im weiteren Verlauf alle anderen Krankheitsursachen „eindrucksvoll“ überragt (Abbildung 2).

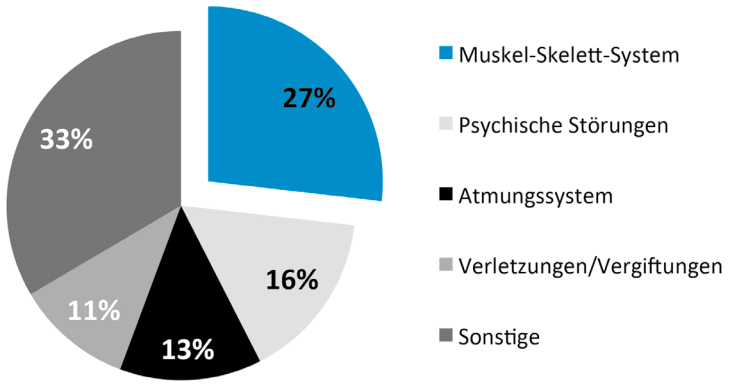
Der Handlungsbedarf ist offensichtlich – für die betroffenen Versicherten, für die Arbeitgeber, für die Krankenkassen. Die Betroffenen lassen sich gut im Betrieb erreichen, ganz besonders für Betriebskrankenkassen, die traditionell eng mit ihren Trägerunternehmen vernetzt sind. Der Betrieb ist jedoch zugleich ein Ort mit sehr vielen Versorgungsbrüchen. Denn obwohl die Herausforderungen und Aufgaben für die verschiedenen Sozialversicherungsträger sehr ähnlich sind, finden deren präventive, kurative und rehabilitative Versorgungsmaßnahmen meist unverbunden und unkoordiniert nebeneinander statt.[5] Als wir das Projekt in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entwickelten, war es unser Anspruch, diese Schnittstellen im betrieblichen Kontext mitzudenken und gemeinsam zu gestalten. Das gemeinsame Ziel kann folglich nur ein akteurs- und trägerübergreifendes Konzept sein, um Krankheitsprozesse und deren Chronifizierung zu vermeiden, Krankheitsdauer und Fehlzeiten zu verkürzen und die Beschäftigungsfähigkeit dauerhaft zu erhalten. BGM-innovativ ist auf die individuelle Situation ausgerichtet, also auf die spezifische Krankheitsdiagnose

DOI: 10.5771/1611-5821-2017-1-17

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-1-17
Generiert durch IP '3.147.85.183', am 16.05.2024, 16:05:08.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

und -progression und auf den konkreten Arbeitsplatz. Es sieht – je nach Erkrankungsstadium – 3 unterschiedliche Versorgungsmodule vor. BGM-innovativ soll die Menschen frühzeitig erreichen und nachhaltig wirken. Zielgruppe sind gefährdete und erkrankte Beschäftigte mit Einschränkungen im Bewegungsapparat. Langfristig sollen die Akteure das Konzept eigenständig fortführen und weiterentwickeln.

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2014 nach ausgewählten Diagnosegruppen (ICD-10 GM), BKK-Versicherte



Quelle: Knieps F, Pfaff H (2015)

1.2 Laufzeit und Projektphasen

Das Projekt wird am 1. April 2017 starten, hat eine Laufzeit von 4 Jahren und wird somit am 31. März 2021 enden. Nach einer Vorbereitungsphase von 2 Monaten beginnt die Einsteuerung. Spätestens zum 1. Oktober 2017 sollen die Krankenkassen mit der Rekrutierung beginnen. Die Interventionsphase umfasst maximal 37 Monate und endet am 30. Juni 2020.

Ist das Projekt erfolgreich, können es die Betriebskrankenkassen (ohne Förderung) weiterführen und ggf. auf weitere Indikationen (z.B. psychische Erkrankungen) und Interventionsformen (z.B. betriebliche Gesundheitsförderung) ausweiten.

1.3 Akteure und Projektstandorte

Das Projektkonsortium besteht aus 15 Betriebskrankenkassen (Tabelle 1 zeigt die ausgewählten 22 Betriebe- bzw. Betriebskrankenkassen), 2 wissenschaftlichen Instituten zur Evaluation und Randomisierung, dem BKK Dachverband für die Gesamtkoordination sowie 10 regionalen und überregionalen Rentenversicherungsträgern. Als Träger der medizinischen Rehabilitation für Erwerbstätige sind die Rentenversicherungsträger wichtige Kooperationspartner für das Projektmodul B (siehe unten), deren Leistungen hat der Gesetzgeber allerdings von einer Förderung ausgenommen – der Innovationsfonds dient ausschließlich der qualitativen Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

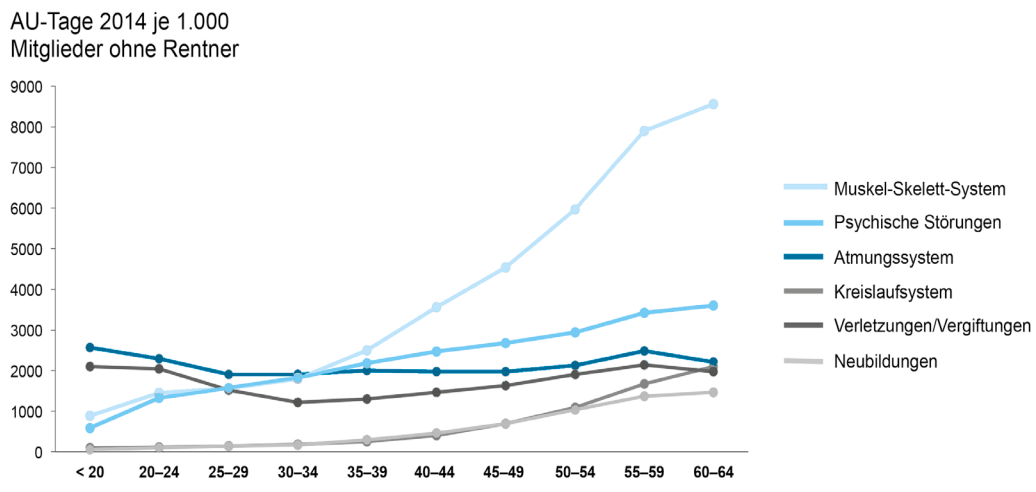
Die Auswahl der Betriebe umfasst überwiegend industrielle Produktionsbetriebe (z.B. stahlerzeugende und metallverarbeitende Unternehmen, Automobilproduzenten und -zulieferer, Technologieunternehmen, Unternehmen der Faserproduktion und Kunststofftechnologie), aber auch Unternehmen aus Handel und Dienstleistung, Verwaltung und Ämter. Abbildung 3 zeigt deren räumliche Verteilung im Bundesgebiet.

Für das Evaluationskonzept und die Durchführung der Evaluation ist federführend das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln (IMVR) unter Leitung von Prof. Dr. Holger Pfaff zuständig. Das Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln (IMSIE) unter Leitung von Prof. Dr. Martin Hellmich ist für die Biometrie verantwortlich und steuert das notwendige Know-how sowie die Software für die Randomisierung der Studienteilnehmer bei und übernimmt eine beratende und unterstützende Funktion bei der Aufbereitung und Auswertung der quantitativen Daten.

Um die trägerübergreifende Zusammenarbeit und die medizinische Versorgung der Versicherten in den einzelnen Modulen zu organisieren, zu standardisieren und qualitätszusichern, sind Kooperationsverträge mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) vorgesehen.

Zentraler Einzelakteur des Projektes ist ein Fallmanager der zuständigen Krankenkasse. Er organisiert die spezifische, situationsgerechte Versorgung vor Ort und koordiniert an den Schnittstellen und zwischen den verschiedenen Akteuren – Versicherter, Krankenkasse, Betriebsarzt, medizinisches Versorgungssystem und Rentenversicherung.

Abbildung 2: Ursachen für Arbeitsunfähigkeit im Altersverlauf



Quelle: Knieps F, Pfaff H (2015)

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-1-17
Generiert durch IP '3.147.85.183', am 16.05.2024, 16:05:08.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Tabelle 1: Beteiligte Krankenkassen, Betriebe und Standorte

BKK	Betriebe und Betriebsstandorte
BKK Akzo Nobel Bayern	■ Industrie Center Obernburg (ICO) (Obernburg)
BMW BKK	■ BMW AG (Leipzig) ■ BMW AG (Berlin)
BKK Freudenberg	■ Industriepark Weinheim (Weinheim)
BKK KBA	■ König & Bauer AG (Würzburg) ■ König & Bauer AG (Radebeul)
BKK Mahle	■ Mahle GmbH (Rottweil)
Novitas BKK	■ thyssenkrupp Steel Europe AG (Duisburg)
pronova BKK	■ Ineos Köln GmbH (Köln) ■ Johnson Controls Varta Autobatterie GmbH (Hannover)
BKK Public	■ DRV Braunschweig-Hannover (Laatzen) ■ Stadt Salzgitter (Salzgitter)
BKK PwC	■ PwC (Düsseldorf)
BKK Salzgitter	■ Salzgitter AG (Salzgitter)
SBK	■ Continental Automotive GmbH (Regensburg)
SKD BKK	■ SKF GmbH (Schweinfurt)
TUI BKK	■ TUI AG (Hannover)
VIACTIV Krankenkasse	■ Vallourec Deutschland GmbH (Mülheim) ■ Salzgitter Mannesmann Grobblech GmbH (Mülheim) ■ EUROPIPE Deutschland GmbH (Mülheim)
Wieland BKK	■ Wieland-Werke AG (Ulm) ■ Wieland-Werke AG (Vöhringen)

Quelle: Eigene Darstellung

1.4 Strukturen und Prozesse

Die Versicherten bzw. Patienten werden je nach Schweregrad der MSE in eines der 3 Module (A, B, C) gesteuert. Das Programm sieht keine gleichförmigen, sondern individuelle Lösungen vor. Die Versorgungsmaßnahmen sind indikationsbezogen, deren Durchführung setzt klare Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer voraus. Während die Maßnahmen stark individualisiert sind, ist der Versorgungsprozess hoch standardisiert. Der Fallmanager der Krankenkasse organisiert die spezifische, situationsgerechte Versorgung und koordiniert an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren – Versicherter, Krankenkasse, Betriebsarzt, medizinisches Versorgungssystem und Rentenversicherung.

Modul A

Zielgruppe von Modul A sind Patienten mit subchronischen MSE. Einschlusskriterien sind Erkrankungen aus diesem Formenkreis, auffällige Arbeitsunfähigkeitszeiten liegen noch nicht vor. Ziel ist es, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, den Gesundheitszustand zu verbessern und gleichzeitig das eigene Verhalten situationsgerecht an die Bedürfnisse anzupassen.

Die Kandidaten werden primär durch die Betriebskrankenkasse und unterstützend durch den Betriebsarzt ermittelt und eingesteuert. Die Interventionen in Modul A bestehen aus einer arbeitsplatzbezogenen Eingangstestung, einem sich anschließenden arbeitsplatzbezogenen, defizitorientierten Training über drei Monate und einer Abschlusstestung zur Erfolgskontrolle. Im weiteren Verlauf soll der Versicherte kontinuierlich und selbstorganisiert trainieren, um die Erfolge des Programms zu verstetigen.

Die beiden Testungen bestehen aus dem sogenannten EFL-Screening und weiteren körperlichen Untersuchungen (EFL = Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit). Die EFL-Testung nach Isernhagen[6] basiert auf 29 standardisierten funktionellen Leistungstests und ermöglicht eine valide Aussage über weitere berufliche Prognosen, wodurch die Therapie besser auf die beruflichen Anforderungen ausgerichtet werden kann.[7] Im Modul A werden 5 der 29 Stationen eingesetzt. Kostenträger der Maßnahmen ist die Krankenkasse. Der Versicherte trägt einen Eigenanteil von 15 Prozent der Trainingskosten, die er nach vollständigem Durchlauf der gesamten Intervention erstattet bekommt. Rechtliche Grundlage der Leistungen in Modul A wie in Modul C sind die Ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 SGB V.

Die Testungen werden in einer dazu qualifizierten Einrichtung ambulant durchgeführt. Typischerweise handelt es sich hierbei um eine ambulante Rehabilitationseinrichtung. Das Training kann – sofern vorhanden – in einer betrieblichen Trainingseinrichtung oder in einem externen Trainingszentrum durchgeführt werden. Auch für diese gelten strenge Zugangsvoraussetzungen. Von großer Bedeutung ist die Nähe zum Arbeitsplatz, um die Zugangshürden für die Beschäftigten so niedrig wie möglich zu setzen.

Modul B

Zielgruppe von Modul B bilden die Versicherten mit mittelschweren bis schweren MSE. Sie weisen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu 6 Wochen auf oder haben häufige kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Grund der Erkrankung. Die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung muss erheblich gefährdet oder gemindert sein (§ 10 SGB VI). Die Ermittlung der Kandidaten erfolgt wieder durch Betriebskrankenkasse und Betriebsarzt. Modul B zielt auf eine Stabilisierung des Gesundheitszustands der Versicherten. Sie sollen nach der Intervention wieder gesund und leistungsfähig an den alten Arbeitsplatz zurückkehren können.

Die Intervention besteht aus einer multimodalen orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme nach den Qualitätskriterien der DRV. Dabei werden die regulären Elemente der Rehabilitation durch spezifische Maßnahmen der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation ergänzt. Die zuweisende Arbeitsmedizin stellt den medizinischen Befundbericht und die Arbeitsplatzbeschreibung zur Verfügung, der Fallmanager der Krankenkasse erstellt in einem persönlichen Termin mit dem Versicherten die übrigen Reha-Antrags-Unterlagen und leitet den Komplettantrag an den zuständigen DRV-Ansprechpartner weiter. Die Leistungen finden ganztägig ambulant oder stationär in einer von der DRV ermächtigten Rehabilitationseinrichtung mit der Genehmigung zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) statt. Kostenträger der Intervention ist der zuständige Rentenversicherungsträger.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-1-17
Generiert durch IP '3.147.85.183', am 16.05.2024, 16:05:08.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Abbildung 3: Betriebsstandorte/Projektzentren

Quelle: Eigene Darstellung

Modul C

Versicherte mit schweren MSE und Arbeitsunfähigkeitszeiten von über 6 Wochen, häufig mit Komorbidität, sind Kandidaten für Modul C. Aufgrund der Schwere der Erkrankung ist ihr Arbeitsplatz akut gefährdet. Die Versicherten werden durch die Betriebskrankenkasse und den Betriebsarzt eingesteuert. Ziel ist es zu klären, ob und in welchem Umfang der Versicherte betrieblich eingesetzt werden kann (alternative Einsatzmöglichkeiten).

Der zuständige Arbeitsmediziner stellt zu Beginn der Intervention eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung des Beschäftigten zur Verfügung. Der Fallmanager stimmt mit dem Versicherten das weitere Vorgehen ab und holt ggf. medizinische Befunde von Vertragsärzten ein und terminiert nach Rücksprache mit dem Versicherten die Maßnahme in der Testeinrichtung. In einer zweitägigen ambulanten Maßnahme werden eine vollständige EFL-Testung (29 Einzeltests) und eine psychologische Begutachtung durchgeführt. Basierend auf diesen Testergebnissen sowie dem orthopädischen Fachgutachten wird eine ausführliche Stellungnahme mit präziser Beurteilung der weiteren Einsatzfähigkeit erstellt und ggf. weitere erforderliche medizinische Maßnahmen eingeleitet. Kostenträger ist die Krankenkasse.

Anhand der Erfahrungen aus dem Prototypen in Salzgitter (s.u.) gehen wir von einer Fallverteilung von 70 zu 20 zu 10 zwischen den Modulen A, B und C aus.

1.5 Evaluation

Das BGM-innovativ zugrundeliegende Versorgungskonzept wurde ursprünglich in Salzgitter entwickelt und dort bereits einige Jahre als BeReKo (Betriebliches Rehabilitationskonzept) der BKK Salzgitter und der Salzgitter AG praktiziert. Es stellt den Prototypen des jetzigen Projekts dar. Im lokalen Setting unter idealen Ausgangsbedingungen („Efficacy“) hat das Modell gut funktioniert. Im Rahmen des Innovationsfonds soll die Wirksamkeit dieses Ansatzes an anderen Standorten, mit anderen Akteuren und anderen Rahmenbedingungen überprüft werden, jetzt – mit den Worten der Versorgungsforschung – unter Alltagsbedingungen („Effectiveness“).

Zu diesem Zweck wird es eine Vergleichsgruppenintervention mit Randomisierung geben. Die zentrale Studienfrage lautet – entsprechend der Zielsetzung des Innovationsfonds: Ist BGM-innovativ wirksam unter Alltagsbedingungen und geeignet für eine dauerhafte Übernahme in die Versorgung?

Die Evaluation bedient sich quantitativer und qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung. Zusätzlich zur quantitativen Auswertung (Befragung der teilnehmenden Versicherten in Interventions- und Vergleichsgruppe) wird eine qualitative Untersuchung mittels leitfadengestützten Fokusgruppen und Experteninterviews durchgeführt.

Als Outcome-Indikatoren haben wir Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeitstage (primärer Outcome) sowie Schmerz und Selbstwirksamkeit (sekundärer Outcome) definiert.

1.6 Innovation

Kooperationen zwischen Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen und Unternehmen sind noch immer die Ausnahme. BGM-innovativ überwindet die meist unzureichende sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei der Versorgung von Beschäftigten. Die klare Festlegung von Zuständigkeiten der Krankenkasse, des Rentenversicherungsträgers und des Betriebsarztes und die Standardisierung der Strukturen und Prozessabläufe schaffen Synergien und verbessern die Versorgungseffizienz. Die zeitnahe und individuell zugeschnittene Versorgung bei MSE führt zur schnellen und nachhaltigen Verbesserung der Symptomatik, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit wird erhalten bzw. verbessert. Der Fallmanager lotst den Versicherten durch den Versorgungsprozess, der vollständig arbeitsplatznah organisiert wird. Zugangshürden werden somit deutlich abgebaut. Die Beteiligung des Versicherten an allen Planungs- und

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-1-17
Generiert durch IP '3.147.85.183', am 16.05.2024, 16:05:08.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Entscheidungsprozessen verbessert deren Motivation und Gesundheitskompetenz.

Die Innovation von BGM-innovativ steckt nicht in den einzelnen Leistungen. Der Mehrwert speist sich entscheidend aus der (trägerübergreifenden) Koordination des gesamten Versorgungsprozesses rund um den Versicherten. Das unterstützende und ermöglichende Fallmanagement der Betriebskrankenkassen unterscheidet sich nicht nur vom klischeehaft kritisierten Krankengeld-Fallmanagement, es ist für das Projekt das Zünglein an der Waage. Der Fallmanager ist Ansprechpartner und Kümmerer für alle Akteure, er führt das Aufklärungsgespräch, er organisiert die Termine für die Testungen und Trainings, er organisiert alle erforderlichen medizinischen Unterlagen für den Rehabilitationsantrag und er begleitet und unterstützt den Versicherten auch nach der Intervention.

Ein weiterer Pluspunkt des Projektes ist die Berücksichtigung der individuellen Situation – sowohl in gesundheitlicher Hinsicht als auch bezogen auf den Arbeitsplatz. Mit BGM-innovativ implementieren wir keine pauschalen Lösungen, wir betrachten und berücksichtigen die Besonderheiten des Einzelfalls.

BGM-innovativ überwindet darüber hinaus zwei Paradigmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch Frühintervention auch bei leichteren Beschwerden im Muskel-Skelett-Bereich (Modul A) in Kombination mit klassischen Instrumenten aus der Rehabilitation (Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit und arbeitsplatzbezogenes, gezieltes Muskelaufbautraining) entsteht eine Verbindung zwischen zwei Leistungsbereichen, die üblicherweise durch den kurativen Bereich getrennt sind. Nach dem Verständnis des SGB V fokussieren Prävention und Gesundheitsförderung – mit nur wenigen Ausnahmen – auf die Gesunden. Und Rehabilitationsleistungen setzen für gewöhnlich erst nach der kurativen Versorgung ein.

2. Das Projekt im Kontext des Innovationsfonds

Die Einrichtung des Innovationsfonds war ohne Zweifel der Katalysator für die Entwicklung und Realisierung unseres Projekts. Die Ausstattung des Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro jährlich (von 2016 bis 2019) macht es attraktiv, in eine Antragstellung zu investieren. Für die Betriebskrankenkassen hat sich ein Projekt zur arbeitsplatznahen Versorgung schnell als wichtiges Anliegen herausgestellt.

Der Innovationsausschuss hat im Frühjahr 2016 entschieden, in der ersten Förderwelle neben den themenspezifischen Förderschwerpunkten auch einen themenoffenen Bereich zur Förderung auszuschreiben. Das war entscheidend für unser Anliegen. Denn erst dadurch war es möglich, ein Projekt zu realisieren, das – als einziges in der Gruppe der 29 geförderten Projekte – Sozialversicherungsträger-übergreifend koordiniert wird und im Setting Betrieb stattfindet.[8,9]

Andere Rahmenbedingungen waren aus unserer Sicht eher hinderlich. Zu nennen ist die enge zeitliche Begrenzung der Förderung in Verbindung mit der (richtigerweise) eingeforderten wissenschaftlichen Evaluation. Das schließt Versorgungsprojekte aus, die eine längere Vorlaufzeit benötigen, weil die Interventions- und Beobachtungszeit dann in der Regel nicht mehr ausreicht, um den gewünschten Outcome zu belegen. Diese Problematik bestand während der gesamten Antragsfrist, da eine Übertragbarkeit der Fördermittel noch nicht bestand und deren Zustandekommen unsicher war.

Für Antragsteller wie Förderempfänger eine große Herausforderung waren die vom Innovationsausschuss gesetzten Fristen bzw. zeitlichen Abläufe im ersten Jahr des Innovationsfonds. Die Zeit für die Antragstellung war mit drei Monaten nicht üppig, auch gemessen an den Antragspflichten. Andererseits war die Zeit zwischen Förderbescheid und geplantem Projektstart so kurz, dass wir den Projektstart um drei Monate verschieben mussten.

Überprüft werden sollte das Formularwesen. Eine ganze Reihe von Pflichtinformationen bei der Antragstellung war redundant. Inhaltlich wenig geglückt ist die Operationalisierung des Förderkriteriums „Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen“[10] in Form des „Kalkulationsblatt zur Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen“. Der Nutzen eines Projektes für die Versicherten oder für die gesetzliche Krankenversicherung lässt sich nicht alleine anhand der Zahl der versorgten Versicherten beurteilen. Art und Qualität der Versorgung und insbesondere die Versorgungsverbesserung müssen mit betrachtet werden. Ansonsten setzt man den Anreiz, Fallzahlschätzungen willkürlich nach oben anzupassen.

Bei allen Anfangsschwierigkeiten ist der Innovationsfonds aus unserer Sicht ein wichtiges Instrument, das geeignet ist, der gesetzlichen Krankenversicherung einen Innovationsschub zu geben. ■

Literatur

1 **Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2015).** BKK Gesundheitsreport 2015. Langzeiterkrankungen. Berlin. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

2 **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016).** Deutschland hat Rücken und ringt nach Luft. Pressemitteilung vom 04.10.2016. http://www.kbv.de/html/2016_24723.php (Zugriff am 30.01.2017).

3 **Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016).** Die häufigsten Krankheiten in deutschen Arztpraxen. Infografik. http://www.kbv.de/media/sp/Infografik_KBV_Krankheiten.pdf (Zugriff am 30.01.2017).

4 **Bertelsmann-Stiftung (2016).** Rückenschmerzen. Viele Arztbesuche und unnötige Bilder – Patienten sind medizingläubig, Ärzte technikorientiert. SPOTLIGHT Gesundheit. Newsletter vom 22.11.2016. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/newsletterversand/spotlight-gesundheit/spotlight-gesundheit-0516-rueckenschmerzen/ (Zugriff am 30.01.2017).

5 **Jahn R, Pomorin N, Walendzik A et al. (2015).** Analyse und Entwicklung von Anreizstrukturen zur nachhaltigen Förderung und Harmonisierung von Aktivitäten der Sozialversicherungsträger zum Erhalt und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter. Gutachten im Auftrag der AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG. Duisburg.

6 **Isernhagen S. (2012).** Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL). Isernhagen work systems. Braunschweig.

7 **Kaiser H, Kersting M, Schian H-M, Jacobs A, Kasprowski D (2000).** Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Rehabilitation 39: 297–306.

8 **Gemeinsamer Bundesausschuss (2016).** Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf (Zugriff am 28.01.2017).

9 **Bundesministerium für Gesundheit (2017).** http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Innovationsfonds.pdf (Zugriff am 28.01.2017).

10 **Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss** zur themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. April 2016. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/9/2016-04-08_Foerderbekanntmachung_nF_offen.pdf (Zugriff am 30.01.2017).

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2017-1-17
Generiert durch IP '3.147.85.183', am 16.05.2024, 16:05:08.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.